

**Alle OO. SS.
CNR Sede**

Oggetto: informativa sull'aggiornamento delle condizioni di polizza sanitaria

In occasione dell'ultimo incontro con le OOSS, avvenuto in data 3 aprile 2012, venivano esposte le condizioni del Capitolato per l'affidamento del servizio assicurativo di assistenza sanitaria in favore del personale dipendente, elaborate sulla base degli standard contrattuali delle polizze del ramo malattia presenti sul mercato, al fine di garantire al personale dell'Ente una delle coperture più complete nel settore.

Sulla scorta delle osservazioni sollevate in quella sede e di quelle fatte pervenire con note dalle OOSS, le condizioni medesime sono state in parte riviste ed aggiornate. Sarà avviata a breve, pertanto, la procedura di gara sulla base delle disposizioni normative vigenti in materia.

Nel dettaglio, si evidenziano di seguito le modifiche apportate al capitolato rispetto a quanto comunicato nella riunione del 3 aprile 2012:

- il massimale per le spese di ricovero è stato aumentato da 250.000 a 350.000;
- le spese relative alle prestazioni relative al ricovero vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di scoperto o franchigia;
- nel caso di ricovero in strutture sanitarie non convenzionate, le rette di degenza vengono rimborsate nel limite di € 350,00 al giorno;
- la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, nel caso di ricovero in strutture sanitarie non convenzionate, è rimborsata nel limite di € 80,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero;
- gli esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), vengono rimborsati fino ai 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero;
- nel caso di parto e aborto l'assicurazione è prestata fino ad un limite massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare in strutture non convenzionate o del Servizio Sanitario Nazionale, mentre è da intendersi senza alcun limite in strutture convenzionate;
- l'indennità sostitutiva, prevista per il caso in cui l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero;

- il massimale previsto per gli esami diagnostici di euro 4.000,00 viene riferito a ciascun componente del nucleo familiare;
- vengono inclusi tra gli esami diagnostici anche la discografia, la tomografia logge renali, la tomoxerografia, la tomografia torace, la tomografia in genere e la Pneumoencefalografia;
- nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato relativamente agli esami diagnostici vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia;
- nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute relativamente agli esami diagnostici vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia;
- il massimale di € 1.500,00 previsto per le visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio viene riferito a ciascun componente del nucleo familiare;
- nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute per visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20 % e con un minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni visita specialistica;
- il massimale di € 350,00 per trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio viene riferito a ciascun componente del nucleo familiare;
- le spese sostenute per trattamenti fisioterapici vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 50 %, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società;
- viene previsto ex novo il rimborso con uno scoperto del 20% delle spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche senza alcun limite annuo per nucleo familiare;
- viene previsto ex novo il pagamento/rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche, entro un massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quello già previsto.

Si fa presente, inoltre, che lo stanziamento non utilizzato per l'anno 2011 nonché lo stanziamento non destinato alla Polizza per il 2012 ed anni seguenti saranno utilizzati per la copertura di fattispecie non coperte dalla Polizza stessa e relativamente alle quali sarà necessario stipulare una specifica ipotesi di accordo.